

救命しえなかった高齢者重症肺炎の1例

H20. 3. 5

研修医 荻原 英之

症例 89歳, 男性

【主訴】 咳嗽、血痰、息切れ

【既往歴】 52歳 糖尿病、高血圧

85歳 前壁AMIにて# 7 stent留置、除脈性心房細動にてPPM植え込み

87歳 閉塞性動脈硬化症

【家族歴】 特記すべき事項を認めない。

【生活歴】 アレルギー(一)、喫煙歴(一)、飲酒歴(焼酎1合/日)

【現病歴】 平成19年10月初めから咳と血痰を認め、10月11日近医を受診。発熱はなかったが、CRP3.3 mg/dlと炎症反応が亢進しており、胸部CTで両肺野に浸潤影を認めた。入院を勧めたが同意を得られず、いったん帰宅。その後、息切れが増強したため、10月16日再度同医を受診。CRP25.0 mg/dlと炎症反応の悪化が認められた。また胸部CTでも浸潤影の増大を認め、同医へ入院。10月11日の喀痰培養にて *Klebsiella oxytoca* が陽性。*Klebsiella* による重症肺炎として10月17日当科紹介入院となった。

【主な入院時現症】 HR 60 /min、RR 32/min、BP146/77 mmHg、SpO₂ 95% (O₂ 3 l/min)、胸部に湿性ラ音を聴取。両下腿に浮腫を認める。頸部リンパ節腫脹を軽度認める。

【主要な検査所見】

〈血液検査〉

Hematology :

WBC 12280/μl (Neutr 89.7%, Lympho 5.8%, Baso 0.1%, Eosino 10.1%, Mono 4.3%), RBC 295万/μl
Hb 9.3 g/dl, Ht 26.4%, Plt 29.7万/μl
Biochemistry & Serology: Na 137 mEq/l, K 4.2 mEq/l, Cl 106 mEq/l, Ca 7.6 mg/dl, P 3.3mg/dl, Fe 17 μl, TP 6.7 g/dl, Alb 3.1 g/dl, UA 5.7 mg/dl, BUN 49.8 mg/dl, Cr 2.05 mg/dl
T. Chol 109 mg/dl, TG 74 mg/dl, HDL-Chol 29 mg/dl, T.Bil 0.9 mg/dl, D.Bil 0.37 mg/dl
AST 72 U/l, ALT 53 U/l, ALP 345 U/l, γ-GTP 60 U/l, LAP 57 U/l, LDH 329 U/l
ChE 97 U/l, AMY 53 U/l, CPK 152 U/l, ZTT 12.9 KU, HbA1c 6.4%, BS 255 mg/dl
CRP 24.74 mg/dl, IgE (RIST) 754 IE/ml, KL-6 298 U/ml, SP-D 348.1 ng/ml, ANA <40x MPO-ANCA <10

EU, PR3-ANCA <10 EU

〈動脈血液ガス分析 (room air, supine position)〉

pH 7.472, PaO₂ 63.7 Torr, PaCO₂ 24.0 Torr, HCO₃ 17.3 mEq/l

〈心電図〉心室ペーシング、左軸偏位、左脚ブロック
〈胸部X線写真〉右の肺野に広範に拡がる浸潤影を認める。

〈胸部CT〉右の肺野全体と左下肺野に浸潤影を認める。右肺野ではcrazy paving patternを認める。

〈腹部CT〉腹部大動脈～左右総腸骨動脈にかけて石灰化を認める。その他特記すべき事項を認めない。

〈心エコー〉 LV wall motion diffuse severe hypokinesis.
AR II/IV MR II/IV, TR III/IV, PR II/IV. A弁, M弁軽度石灰化. AoD/LAD46.3/54.8mm, IVS/LVPW

11.1/11.1mm, LVDd/s 59.7/50.1mm, CO 3.6L/min, EF/FS

33.3/16.1%, IVC 27.2mm. TRPG43.7mm, 左右胸水(+)

〈入院時喀痰培養〉一般細菌培養;

α-Streptococcus, *Klebsiella oxytoca*, *Citrobacter freundii*, *Candida albicans*

抗酸菌; 塗抹(一), Tbc/MAC-PCR(一)

【入院後経過】

前医で *Klebsiella* が同定されており、CZOP、MINOの抗生剤併用にて治療を開始した。しかしながら第2病日、浸潤影の増大、肝機能、腎機能の悪化が認められた。高齢であり心機能も悪くステロイドの大量療法は避けざるを得ず、PSL30mgを開始した。第3病日、さらに胸部陰影は拡大し、呼吸不全は悪化。肝機能、腎機能も悪化し、血管内凝固の所見も認められ、翌第4病日早朝に永眠となった。

【考察】

今回用いた2つの抗生剤はともに患者の喀痰から同定された *Klebsiella* および *Citrobacter* に感受性を示していた。しかし、病態はわずか数日で急速な悪化を認めた。細菌以外の微生物による肺炎も、細菌学的所見からあるいはMINOを使用し、いわゆる非定型肺炎もカバーしていることなどより考えにくいと思われた。剖検を行っていないので推測ではあるが、

心不全の関与、重症の細菌感染症から生じたいわゆるARDS、その他間質性肺炎の合併等が本症例の病態悪化につながったのではないかと考えられた。

【結語】

1. 喀痰中に起炎菌が同定され使用した抗生剤に感受性があるにもかかわらず救命しえなかった

高齢者の重症肺炎を経験した。

2. 入院時の肺CTにて crazy paving pattern が認められ、第2病日から全身性ステロイドを併用したが、効果を認めなかった。

3. 私にとって初めて看取った患者であり、印象的な症例であった。

肝原発の小細胞癌が疑われた1例

H20. 3. 5

研修医 田端 秀敏

【症例】 80歳、男性

【主訴】 全身倦怠感

【既往歴】 糖尿病、狭心症（平成19年5月冠動脈ステント留置術施行）

【家族歴】 特記すべき事なし

【現病歴】 平成19年9月末、全身倦怠感訴え、近医受診した。Hb低値、CRP、CEA高値であり、全身状態不良のため、精査加療目的にて当院消化器科紹介入院となった。

【主な入院時現症】 37.5度の発熱を認める。ほか特に異常所見なし。

【検査所見】

入院時血液検査

Hematology:

WBC 7220/ μ l, Hb 7.8 g/dl, Plt 21.9万/ μ l

Biochemistry & Serology:

Na 139 mEq/l, K 3.5 mEq/l, TP 6.1 g/dl, Alb 2.8 /dl, BUN 26.2 mg/dl, Cr 0.74 mg/dl T.Bil 0.4 mg/dl, D.Bil 0.12 mg/dl, AST 48 U/l, ALT 39 U/l, ALP 662 U/l, γ -GTP 39 U/l, LDH 560 U/l, ChE 255 U/l, ZTT 2 KU, CRP 26.83 mg/dl

Tumor marker:

CEA 1857 ng/ml, CA19-9 419.5 U/ml, Pro-GRP 4755 pg/ml, SCC 2.4 ng/ml, NSE 160.8 ng/ml, SLX 44.9 U/ml

超音波検査

肝S8に径10.9mm、12.7mm大のhigh echoic lesionを2つ認め、辺縁整で、内部ほぼ均一である。胸水、腹水を少量認める。

腹部CT

肝S8に2つ、S6に1つ周囲肝組織に比べ造影効

果に乏しい類円形のlow density areaを認める。辺縁は造影効果を認める。ほかにも肝内に小さなlow density areaを認める。肝以外に腫瘍性病変を認めない。

腹部造影MRI

CTと同部に、T1 low, T2 highの領域を認める。周囲は早期相でやや高信号だが、門脈相、平衡相では、肝実質とほぼ同じ信号へ変化している。

上下部消化管内視鏡検査

特に異常所見を認めない。腫瘍性病変なし。

胸部CT

両側胸水、右葉間胸水を認める。ほか明らかな腫瘍性病変、縦隔・肺門リンパ節腫大を認めない。

PET-CT

肝S8に異常集積を認める。SUVはMax 3.6, Mean 3.3。

経皮的肝生検

核の異型、大小不同を認める腫瘍性細胞が、皮膜を形成せずに正常肝内へ浸潤している像を認める。免疫染色にて、synaptophysin陽性である。

【入院後経過】 入院時血液検査、画像検査より、腺癌系の肝転移を第一に考え、全身精査を行ったが、肝以外に腫瘍性病変を認めなかった。確定診断目的に、経皮的肝生検を施行したところ、免疫染色でsynaptophysin陽性であり、小細胞癌と診断した。入院時保存血清で小細胞癌系の腫瘍マーカーを検査すると上昇を認めた。肝以外の全身に原発と思われる所見を認めないため、肝原発の小細胞癌T2N0M0 Stage IIと診断した。診断時、肝機能異常、黄疸の出現、DICの併発を認め、全身状態も良くなかったため、治療は、VP-16 50mg内服（1週投与1週休薬）